



对比肝段切除术、胆管切开取石术对肝内结石的临床治疗效果

艾合麦提·乌麦尔 许 伟 白剑锋

阿克苏地区第二人民医院 新疆阿克苏 843000

【摘要】目的 研究分析肝段切除术和胆管切开取石术对肝内结石的临床治疗效果。**方法** 将2016年2月-2017年5月我院收治的肝内结石患者60例作为研究对象,将其随机分为对照组(n=30)和实验组(n=30),对照组患者采用胆管切开取石术治疗,实验组采用肝段切除术治疗,对两组患者的治疗效果进行比较。**结果** 实验组患者的治疗总有效率为96.6%,对照组患者的治疗总有效率为80%,而且实验组患者的手术时间、出血量、住院时间都优于对照组,差异显著,统计学意义成立($P<0.05$)。**结论** 对肝内结石患者采用肝段切除术实施治疗,效果明显的比胆管切开取石术的治疗效果好,有效的缩短了患者的手术时间,安全性比较好,值得在临床上广泛应用。

【关键词】 肝段切除术;胆管切开取石术;肝内结石

【中图分类号】 R657.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2018) 02-055-02

肝内结石是一种发生在肝管混合区域以上的肝管内的结石,这种情况在临床上也比较常见,随着人们生活方式的改变,这种疾病的发病率也在不断的增加,病程迁延时间比较长,具有反复发作的特点,对患者的身体健康以及生活产生了严重的影响^[1]。本次研究将2016年2月-2017年5月我院收治的肝内结石患者60例作为研究对象,主要分析肝段切除术和胆管切开取石术对肝内结石的临床治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2016年2月-2017年5月我院收治的肝内结石患者60例作为研究对象,将其随机分为对照组(n=30)和实验组(n=30),实验组男17例,女13例,年龄30-76岁,平均年龄(49.1±2.5)岁;对照组男19例,女11例,年龄32-78岁,平均年龄(50.3±2.9)岁;两组患者的年龄、性别等一般资料进行比较差异没有统计学意义($P>0.05$),结果具有可比性。

1.2 方法

所有患者在手术前都接受常规的检查以及肠道准备工作,然后实施全身麻醉,进行开腹探查。在此基础上对照组患者实施胆管切开取石术治疗,对结石存在部位的胆管切开,将U管或者是T管实施引流,采用空肠 Roux-Y 吻合或者是对患者实施胆管十二指肠吻合,最后常规关闭腹腔,及时的关闭引流管,根据实际情况适当的使用抗生素治疗,避免发生术后感染的现象。

实验组患者采用肝段切除术治疗,根据实际情况,探查结石的所在位置,选择合理的肝段切除范围,游离患者的十二指肠韧带,阻断肝门,借助超声设备对患者进行检查,根据超声的检查结果对结石相应部位的肝叶切除,然后进行常规收尾工作,和对照组相同。

1.3 观察指标

对两组患者的治疗效果进行评价,显效,表示手术治疗后,没有任何残余结石,患者的胃肠道功能恢复正常;有效,表示手术后没有残余结石,胃肠道功能基本恢复,但是有轻微的并发症;无效,表示治疗后仍然有残余结石存在,肠道功能恢复缓慢。

1.4 统计学分析

采用 SPSS19.0 进行数据分析,计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

对两组患者的治疗效果进行比较,实验组患者的治疗总

有效率为96.6%,对照组患者的治疗总有效率为80%,实验组明显的比对照组高,差异显著,统计学意义成立($P<0.05$)。如表1所示:

表1 两组患者的疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
实验组	30	20	9	1	96.6%
对照组	30	11	13	6	80%

比较两组患者的手术时间、出血量、住院时间,结果显示,实验组患者的手术时间、术中出血量以及住院时间都明显的比对照组少,差异具有统计学意义($P<0.05$)。如表2所示:

表2 两组患者的术中指标比较

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(ml)	住院时间(d)
实验组	30	77.72±15.55	86.08±17.83	8.62±2.72
对照组	30	106.51±21.02	142.17±22.72	17.36±3.08

3 讨论

肝内结石是外科疾病中比较常见的一种,患者的临床表现主要是肝内胆管阻塞,因此治疗的首要问题就是解除肝管的狭窄、阻塞症状,对结石进行清除治疗^[2]。但是通常情况下,结石导致的阻塞会导致肝管局部组织发生纤维化,而且肝管和胆管的解剖结构比较复杂,给临床治疗增加了难度^[3]。

现阶段临床上治疗肝内结石的主要办法就是手术,而且手术方式包括肝段切除术以及胆管切开取石术。胆管切开取石术在实施的过程中,手术的耗时比较长,患者的出血量比较大,术后并发症的发生率比较大,而且术野狭窄,对病灶的切除以及结石不能有效的清除,容易发生残余现象^[4]。而肝段切除术的实施不仅术野广阔,能够借助仪器的引导完全的清除结石,还可以一并切除患病的胆管和结石,使得复发的可能性降低,不会对肝部的其他组织产生伤害,效果比较显著^[5]。本次研究结果也显示,实验组患者的治疗总有效率为96.6%,对照组患者的治疗总有效率为80%,实验组患者的手术时间、术中出血量以及住院时间都明显的比对照组少,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,对肝内结石患者采用肝段切除术实施治疗,效果明显的比胆管切开取石术的治疗效果好,有效的缩短了患者的手术时间,安全性比较好,值得在临床上广泛应用。

参考文献:

[1] 孙雷,张艳莉.多肝段切除术联合胆道镜取石术在复杂型肝内胆管结石治疗中的作用[J].中国实用医药,2017,12(25):73-74.

(下转第58页)



治疗前, 两组患者的肾功能指标无明显差异, $P > 0.05$ 。治疗后, 相较于对照组, 观察组在 24h 尿蛋白、内生肌酐清除率以及血清肌酐明显更高, $P < 0.05$ 。详见表 2。

表 2 两组患者治疗前后肾功能变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

小组类别	时间段	24h 尿蛋白 (g/L)	内生肌酐清除 率 (ml/min)	血清肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)
观察组 (n=50)	治疗前	2.0 $\pm$ 0.4	43.6 $\pm$ 3.3	195.9 $\pm$ 15.3
	治疗后	0.7 $\pm$ 0.2**	55.2 $\pm$ 4.8**	136.2 $\pm$ 12.4**
对照组 (n=50)	治疗前	2.0 $\pm$ 0.4	42.9 $\pm$ 3.7	195.3 $\pm$ 15.2
	治疗后	1.2 $\pm$ 0.3*	48.4 $\pm$ 3.9*	164.6 $\pm$ 15.6*

备注: 和对照组相比, * $P < 0.05$ 。和对照组治疗后相比, ** $P < 0.05$ 。

2.3 不良反应情况

在治疗过程中, 两组患者未出现任何不良反应。

3 讨论

慢性肾小球肾炎合并高血压目前作为临床上的常见疾病。受到高血压的影响, 患者肾脏受损严重, 在一定程度上加大了对肾脏功能的损害程度。若未能及时的接受治疗, 最终会进展为肾脏衰竭。现如今, 临床常用的降压药物主要分为两种, 一种为血管紧张素转化酶抑制剂, 另外一种为血管紧张素受体拮抗药物, 上述两者能起到良好的降压效果。但值得说明的是, 前一种药物常常会导致患者出现刺激性咳嗽, 很多患者因为对不良反应不耐受进而停止治疗^[2]。

缬沙坦为 Ang II 受体拮抗剂, 其和 AT1 受体结合过程中, 具有竞争性、选择性特征, 能够对于 Ang II 介导生成的生物学功能效应, 起到一定阻滞效果, 积极抑制导致收缩肾脏组织血管生理学作用, 缓解机体循环系统, 肾小球内高压等临床表现。在此同时, 也能够一定程度上改善患者肾脏局部组织血流动力学指标, 在对肾小球血管基底膜通透性程度增加方面能加以控制。另外, 也能提升患者血管内皮细胞生理学功能。值得说明的是, 缬沙坦也能全面降低肾小球滤过率, 积极控制 24 小时尿蛋白排出量。缓解系膜细胞增生速度以及细胞外基质合成以及分泌, 避免肾脏间质出现纤维化发展, 进而在整体上保护肾脏^[3]。

既往临床研究中, 也有类似结果支持。缬沙坦之所以能够全面控制患者蛋白尿排出量, 主要因为缬沙坦能够改善肾

患肾小球血流动力学这一作用, 另外也和减少肾小球中高压状态存在相关性。随着患者 24 小时, 蛋白尿排出量的减少, 肾脏组织受损严重程度也能够得以逆转。在使用时缬沙坦之后, 病患的血液黏稠度, 细胞凝聚力, 也得到了控制, 在这种情况下, 对于肾脏动脉血管承受力加以缓解, 提升肾脏的血液循环料, 改善了肾脏生理功能情况。本研究证实, 经治疗后, 两组病患的收缩压以及舒张压显著下降, 和对照组相比, 观察组的血压指标改善情况更好。

缬沙坦主要从身体的肝胆加以排泄, 并不通过肾脏, 因此对于病患的肾脏功能, 无明显不良的影响。该药品有着很高的血浆蛋白结合率, 透析很难清除。因此, 在接受透析之后, 患者不需要再追加用药。除却能够控制与稳定患者血压之外, 缬沙坦还可利用对球小动脉扩张效果, 提升肾小球滤过率。结合本次试验结果中可见, 经过治疗以后, 两组患者的肾脏功能指标均明显有了改善, 且和对照组相比, 观察组的改善程度更高, 组件数据存在统计学意义。

蛋白尿排量为慢性肾损害过程中的, 独立危险因素合理控制患者蛋白尿, 能够有效的延缓疾病发展, 对于慢性肾脏疾病, 必须使用有效方式加以治疗。以避免患者出现终末期肾脏衰竭, 经过使用缬沙坦之后, 患者的肾小球功能得以改善, 血液粘稠度以及红细胞聚集性, 指标比以往相比更接近正常值, 同时也在一定程度上降低了肾脏动脉血管阻力, 提升肾脏部位血流量, 有效改善肾脏功能。

综上所述, 对于慢性肾小球肾炎合并高血压患者, 以常规治疗方案为基础, 使用缬沙坦治疗, 安全性强, 有助于保护肾脏功能, 降低患者血压, 值得进一步推广。

参考文献:

- [1] 魏锦曦, 刘镇江, 张超, 等. 不同剂量缬沙坦对慢性肾炎合并高血压的疗效及安全性 [J]. 医学临床研究, 2016, 33(12):2351-2354.
- [2] 胥智勇, 敬莉蓉, 杜华. 缬沙坦治疗慢性肾小球肾炎合并高血压患者的临床效果分析 [J]. 检验医学与临床, 2017, 14(21):159-161.
- [3] 陈东, 孟元, ChenDong, 等. 雷公藤多苷片联合替米沙坦治疗老年慢性肾小球肾炎合并高血压的临床研究 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(19):2410-2413.

(上接第 55 页)

[2] 廖成文, 郑爱桦, 郑慧华, 等. 术中超声指引下的系统性肝段切除治疗肝内胆管结石病的效果 [J]. 中国当代医药, 2017, 24(14):18-20.

[3] 葛明刚. 规则性肝段切除术治疗肝内胆管结石病临床观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(23):4414.

(上接第 56 页)

0.3351、0.5314mg·g⁻¹)、糠炒白术 (0.3312、0.5237、0.5397mg·g⁻¹)、清炒白术 (0.2341、0.2598、0.4049mg·g⁻¹)、蜜麸炒白术 (0.2415、0.2291、0.4159mg·g⁻¹)、生白术 (0.1507、0.2010、0.3215mg·g⁻¹)。

由此可见, 不同炮制方法对白术中白术内酯 I、II、III 含量的影响均不同, 白术内酯 I、II、III 含量最高的炮制方法就是蜜麸炒白术, 出现这一情况原因与蜜麸炒白术受热均匀、受热面积大等有关。

[4] 裴胜军. 用胆道镜下肝胆管切开取石术和肝部分切除手术治疗肝内胆管结石的疗效对比 [J]. 当代医药论丛, 2016, 14(05):135-137.

[5] 张军. 多肝段切除联合术中胆道镜取石治疗 30 例复杂肝内胆管结石的临床疗效观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2014, 25(16):3748-3750.

参考文献:

- [1] 邱俊维, 卿萍, 周子虬, 等. HPLC 法同时测定白术中白术内酯 I、II、III 的含量 [J]. 湖南师范大学自然科学学报, 2017, 40(6):55-60.
- [2] 李雪莲, 杨丽, 陈林, 等. 白术麸炒过程中白术内酯 I、II、III 含量变化规律 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(7):35-38.
- [3] 陈琴华, 熊琳, 李鹏, 等. 高效毛细管电泳法测定白术中白术内酯 I 的含量 [J]. 中国药师, 2015, 18(10):1822-1823.